

<b>Agencia</b>	<b>Programa</b>	<b>Fecha para Completarse</b>
----------------	-----------------	-------------------------------

Para cada casilla, ponga una **X** en el círculo que se aplica a usted.

<b>Sexo</b> <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Transgénero <input type="radio"/> Otro	<b>Edad</b> <input type="radio"/> 20 y menor <input type="radio"/> entre 21-24 <input type="radio"/> entre 25-34 <input type="radio"/> entre 35-54 <input type="radio"/> entre 55-64 <input type="radio"/> 65 y mayor	<b>Razón primaria por recibir servicios es</b> <input type="radio"/> Emoción / salud mental <input type="radio"/> Alcohol / Drogas <input type="radio"/> Ambas-Emoción / salud mental, alcohol or drogas
<b>¿Cuál es su raza?</b> <input type="radio"/> Los indios americanos/nativos de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro / afroamericano <input type="radio"/> Nativo de Hawái / Otras Islas del Pacífico <input type="radio"/> Blanco / Caucásico <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Otra raza:	<b>¿Es usted?</b> <input type="radio"/> Puertorriqueño <input type="radio"/> Mejicano <input type="radio"/> Otro grupo latino <input type="radio"/> No latino	<b>Duración de Servicios</b> <input type="radio"/> Menos de un Año <input type="radio"/> 12 meses a 2 Años <input type="radio"/> 2 Años a 5 Años <input type="radio"/> Más de 5 Años

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2 ¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos síntomas en las dos últimas semanas

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3 ¿ En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5 ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6 ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremada mente
7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10 ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremada mente
15 ¿Es capaz de moverse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho(a) o bien** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

	Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16 ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5

	Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
17 ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18 ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19 ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20 ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21 ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22 ¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23 ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24 ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25 ¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos síntomas en las dos últimas semanas.

	Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
26 ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Alguien le ayudará a llenar este formulario?  
 (Por favor circule Sí o No)

Sí	No
----	----

**GRACIAS POR SU AYUDA**